

**NORTHSHORE – EDWARD-ELMHURST HEALTH
AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**

ESTE AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD, "AVISO", DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR Y REVELAR LA INFORMACIÓN DE SU EXPEDIENTE MÉDICO Y CÓMO PUEDE ACCEDER A ESTA INFORMACIÓN.

REVÍSELO DETENIDAMENTE.

NorthShore - Edward-Elmhurst Health y todas sus Subsidiarias, Afiliadas y Participantes, ("NS-EEH" o "nosotros" o "nos" o "nuestro"), están obligados por ley a mantener la privacidad de la Información del expediente médico, que abarca su Información médica protegida o PHI (Información del expediente médico) y a entregarle un Aviso sobre nuestras responsabilidades legales y prácticas de privacidad para proteger esta información.

Usamos este Aviso para cumplir las leyes federales aplicables, los derechos de privacidad y las protecciones para los pacientes cuyos derechos se describen abajo. Nos reservamos el derecho a modificar este Aviso por cualquier motivo, según lo exija o no lo prohíba la Ley. Los cambios se aplicarán a toda la información del expediente médico y a cualquier otra información que tengamos sobre usted.

SUS DERECHOS:***OBTENGA UNA COPIA IMPRESA O ELECTRÓNICA DE LA INFORMACIÓN DEL EXPEDIENTE MÉDICO:***

- Usted o su representante legal pueden pedir una copia impresa o electrónica de la Información del expediente médico que mantenemos sobre usted.
- Si tiene acceso al Portal del paciente de NS-EEH (por ejemplo, MyChart, NorthShore Connect, MyEEHealth, etc.), puede revisar e imprimir usted mismo una parte limitada de la Información del expediente médico.
- Consulte el Anexo A para obtener información sobre cómo usted o su representante legal pueden obtener una copia impresa o electrónica de la Información del expediente médico.
- Podemos cobrarle una tarifa razonable basada en el costo, que establece anualmente el Estado de Illinois, por las copias de la Información del expediente médico.
- Podemos darle un resumen o una copia de la Información del expediente médico en el formato que usted pida. Responderemos a su solicitud en un plazo de 30 días a partir de la fecha en que la recibamos.
- Le notificaremos por escrito si: (1) necesitamos 30 días más para cumplir su solicitud, (2) no podemos darle la Información del expediente médico en el formato que pidió o (3) debemos rechazar su solicitud y le daremos un motivo.

PEDIR QUE CORRIJAMOS O MODIFIQUEMOS SU EXPEDIENTE:

- Puede pedirnos que corriamos la Información del expediente médico que considere incorrecta o incompleta.

Página 2 de 9

- La solicitud se debe hacer por escrito.
- Podemos denegar su solicitud y le enviaremos una carta con el motivo en un plazo de 60 días a partir de la fecha en que recibamos la solicitud por escrito.

RECIBIR COMUNICACIONES CONFIDENCIALES:

Puede pedirnos, por escrito, que nos comuniquemos con usted de una manera específica, que lo llamemos a otro teléfono o que le enviemos un correo a una dirección concreta. No tiene que darnos un motivo. Intentaremos cumplir todas las solicitudes razonables. Si no podemos comunicarnos con usted usando los lugares, teléfonos o maneras que pidió, podemos comunicarnos con usted usando cualquier información que tengamos. Nuestras prácticas de comunicación incluyen:

- NS-EEH o un proveedor externo contratado pueden comunicarse con usted por teléfono y por escrito o, con su consentimiento, por texto o correo electrónico con información relacionada con su atención, como recordarle una cita, darle instrucciones sobre su prueba o procedimiento, o recordarle los servicios médicos preventivos, evaluaciones, pruebas, etc.
- Podemos comunicarnos con usted en persona, por escrito, por teléfono, por correo electrónico seguro o no seguro a petición del paciente después de informarle los riesgos y de que esté dispuesto a aceptarlos, mediante nuestros Portales del paciente, o dejar mensajes automatizados o pregrabados en su buzón de voz.

PEDIR QUE LIMITEMOS LO QUE USAMOS O COMPARTIMOS:

Puede pedirnos que no usemos o compartamos parte de la Información del expediente médico con otros proveedores que lo estén tratando, con su compañía de seguro médico o de otro tipo por motivos de pago, o para fines de operaciones de atención médica, como que se comuniquen con usted para participar en un estudio de investigación o ensayo clínico y recaudación de fondos o para otros fines no prohibidos por la ley. Esta solicitud se tiene que hacer por escrito o mediante la cuenta del Portal del paciente. No estamos obligados a aceptar su solicitud.

Si usted paga el costo total de un servicio de atención médica, tratamiento u otro artículo de los gastos de bolsillo, puede pedirnos que no compartamos esa información con su compañía de seguros para fines de pago. Diremos que "sí" a menos que una ley nos obligue a compartir su información.

Participamos en programas de expedientes médicos electrónicos llamados Epic CareEverywhere®, Epic CareEquality, EpicCare®Link y otros programas de intercambio de datos que no se mencionan en esta lista. Estos programas de intercambio de datos permiten a los proveedores fuera y en toda NS-EEH ver la Información del expediente médico para fines de tratamiento. Usted puede pedir no participar en Epic CareEverywhere®, Epic CareEquality, EpicCare®Link o en otros programas similares de intercambio de datos. Esta solicitud se debe hacer por escrito a la dirección correspondiente que se menciona en el Anexo A o usando la cuenta del Portal del paciente.

Página 3 de 9

PREGUNTAR CON QUIÉN COMPARTIMOS LA INFORMACIÓN DEL EXPEDIENTE MÉDICO:

Le daremos una lista (registro) de ciertas revelaciones de la Información del expediente médico no incluyendo las revelaciones sobre tratamiento, pago, operaciones de atención médica, ciertas revelaciones que exige la ley y cualquier revelación que usted nos haya pedido (colectivamente como "Registro de revelaciones"). Puede pedirnos un Registro de revelaciones de hasta seis (6) años antes de la fecha en que lo pida. El Registro de revelaciones incluirá con quién compartimos la Información del expediente médico y por qué. Esta solicitud se debe hacer por escrito, como se describe en el Anexo A. En la mayoría de los casos, enviaremos el Registro de revelaciones en un plazo de 60 días a partir de la recepción de su solicitud. Si necesitamos 30 días más, se lo haremos saber.

Le daremos esta lista de manera gratuita una vez en un período de 12 meses a partir de la fecha de recepción de la solicitud. Puede pedir más copias en un período de 12 meses y le cobraremos una tarifa razonable, basada en el costo, por cada registro más que se pida.

PEDIR UNA COPIA DE ESTE AVISO:

Puede recibir una copia de este Aviso mediante el correo electrónico, el Portal del paciente o nuestros sitios web. Puede pedir una copia impresa de este Aviso en cualquier momento, en persona o por correo, incluso si aceptó recibir el Aviso de manera electrónica.

ELEGIR A ALGUIEN PARA QUE ACTÚE EN SU NOMBRE:

Si designó a alguien como su representante personal mediante un poder notarial médico o alguien es su tutor, esa persona podrá ejercer ciertos derechos y tomar decisiones médicas por usted, compartiremos la Información del expediente médico con esta persona.

PRESENTAR UNA QUEJA SI CREE QUE SE INFRINGIERON SUS DERECHOS:

Puede presentar una queja si cree que hemos infringido sus derechos comunicándose con:

- La oficina de Privacidad designada para NS-EEH: por escrito a NorthShore University HealthSystem, Corporate Compliance Department - Privacy Office, 1301 Central Street, Room 140, Evanston, IL 60201; por teléfono al 847-570-5079; o por correo electrónico a hipaa@northshore.org;
- Puede presentar una queja a la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. por correo: U.S. Department of Health and Human Services Office for Civil Rights 200 Independence Avenue, SW, Washington, DC 20201; por teléfono al 1-877-696-6775; o por correo electrónico a www.hhs.gov/privacy/hipaa/complaints/.

No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja de buena fe.

Página 4 de 9

COMUNIQUE SUS OPCIONES:

Puede tener algunas opciones sobre cómo usamos la Información del expediente médico. Además, puede decirnos con quién quiere que compartamos la Información del expediente médico o, en ciertas circunstancias, puede decirnos con quién no quiere que se comparta la Información del expediente médico.

Tiene derecho a decirnos cómo:

- Compartir la Información del expediente médico con su familia, contactos personales u otras personas que participen en su atención;
- Compartir la Información del expediente médico en caso de emergencia o desastre; e
- Incluir la Información del expediente médico en nuestro directorio del hospital.

Por ejemplo, por motivos operativos del hospital, podemos incluir su nombre, la ubicación del hospital, la condición general o la religión identificada en el directorio de nuestro hospital, a menos que usted nos pida que no lo hagamos. Podemos revelar esta información a los miembros de nuestro equipo de atención espiritual. Puede decirnos que no quiere que lo mencionemos en el directorio o qué información quiere compartir. Si no puede decirnos esta información, podemos proceder y compartirla si creemos que es lo mejor para usted. También podemos compartir esta información cuando sea necesario para disminuir una amenaza grave o inminente de daño para usted o para otros.

A menos que tengamos su autorización o que la ley lo permita, no:

- Usaremos la Información del expediente médico para propósitos de marketing;
- Venderemos la Información del expediente médico;
- Revelaremos la Información del expediente médico relacionada con el tratamiento de salud conductual, el trastorno por consumo de sustancias o alcohol u otros diagnósticos delicados, incluyendo las notas de psicoterapia; y
- Revelaremos cualquier Información del expediente médico a los registros que patrocina el estado.

A menos que nos diga que no, podemos comunicarnos con usted con fines de recaudación de fondos para apoyarnos y apoyar nuestra misión de dar atención médica. Según la ley aplicable, podemos usar la siguiente información para comunicarnos con usted: nombre, dirección, teléfono, fechas de servicio, edad, sexo, departamento de servicio, médico de atención directa, información de resultados y estado del seguro médico. Si no quiere que nos comuniquemos con usted, siga las instrucciones del Anexo A para hacer la solicitud.

CÓMO USAREMOS Y COMPARTIREMOS SU INFORMACIÓN:

A menos que lo prohíba la ley, podemos, sin aviso ni permiso, usar o compartir la Información del expediente médico en NS-EEH y con terceros, para fines relacionados con el tratamiento, el pago y las operaciones. La siguiente es una lista no exhaustiva de ejemplos de cómo NS-EEH puede compartir la Información del expediente médico:

Página 5 de 9

- Para fines de investigación, como la preparación para un estudio de investigación o si nuestra Junta de Revisión Institucional (Institutional Review Board, IRB) aprueba una alteración o renuncia a la autorización;
- Para fines de salud pública, como la prevención de la transmisión de enfermedades;
- Para fines de seguridad, como ayudar a notificar sobre un producto que se saca del mercado o comunicar las reacciones adversas a los medicamentos;
- Para notificar sospechas de abuso, negligencia o explotación, como abuso infantil, doméstico y de adultos mayores;
- Para mejorar la calidad;
- Para cumplir la ley aplicable de Illinois y la ley federal (como HIPAA) que incluye la presentación de informes a las agencias reguladoras estatales y federales como el Departamento de Salud Pública del Estado de Illinois o la Secretaría de Salud y Servicios Humanos;
- Para la donación de órganos;
- Para trabajar con un forense, un examinador médico o un director de funeraria;
- Para responder a la compensación de los trabajadores, a las fuerzas de orden público o a otras solicitudes gubernamentales en la medida que lo permite la ley;
- Para responder a acciones y otras demandas legales;
- Para compartirla con terceros que prestan servicios operativos médicos, de pago y de atención médica y que pueden necesitar el uso de la Información del expediente médico, que están sujetos a HIPAA y están obligados a proteger la privacidad y seguridad de la Información del expediente médico de la misma manera que NS-EEH está obligada a hacerlo;
- Para enviar sus expedientes de vacunas al Registro de inmunizaciones del Estado de Illinois, a los empleadores o a las escuelas para fines de salud pública, y si corresponde, se obtiene el consentimiento apropiado;
- Para enviar a un padre/madre o tutor si usted es menor de 18 años, a menos que no lo permita la ley de Illinois o la ley federal;
- Para el desarrollo de tecnología de atención médica, como aprendizaje automático e inteligencia artificial, que puede mejorar la calidad, el proceso o el resultado de la atención.

Además de otros usos y revelaciones no prohibidas por la ley, podemos usar la Información del expediente médico para crear Información médica no identificada (De-identified Health Information, DHI) que no es identificable para ninguna persona de acuerdo con HIPAA. También podemos revelar la Información del expediente médico a un socio comercial para crear DHI. Podemos usar, compartir o revelar DHI para cualquier propósito legal, incluyendo, entre otros, propósitos comerciales, sin su permiso y podemos permitir que terceros hagan lo mismo.

NUESTRAS RESPONSABILIDADES:

- Las leyes federales y de Illinois nos exigen que mantengamos la privacidad y la seguridad de la Información del expediente médico.

Página 6 de 9

- Le informaremos si la privacidad o seguridad de la Información del expediente médico se vulneró.
- Debemos cumplir los deberes y las prácticas de privacidad descritas en este Aviso y entregarle una copia por escrito cuando se pida.
- No usaremos ni compartiremos la Información del expediente médico de manera distinta a la descrita en este Aviso, a menos que usted nos indique por escrito que podemos hacerlo. Puede cambiar de opinión en cualquier momento avisándonos por escrito. Su decisión de cambiar de opinión no afectará ningún uso ni la revelación de la Información del expediente médico antes de la fecha en que NS-EEH reciba la solicitud por escrito.
- Protegeremos su información genética de manera consecuente con la ley aplicable.

Este Documento está escrito en inglés. Si este Documento se traduce a cualquier otro idioma, la versión en inglés prevalecerá.

Este Aviso de prácticas de privacidad se aplica a la entidad cubierta afiliada a NorthShore - Edward-Elmhurst Health. Se aplica a todos sus departamentos, unidades, profesionales de atención médica empleados, estudiantes y miembros de grupos de voluntarios autorizados para ayudarlo durante su estancia o mientras recibe tratamiento en un centro de NS-EEH. Todas estas entidades siguen los términos de este Aviso de Prácticas de privacidad y pueden compartir su información entre sí para el tratamiento, el pago o las operaciones de atención médica. Esta lista se puede actualizar de vez en cuando. Para obtener una lista actualizada de las entidades participantes, comuníquese con la Oficina de Privacidad de NS-EEH en NorthShore University HealthSystem, Corporate Compliance Department- Privacy Office, 1301 Central Street, Room 140, Evanston, IL 60201; por teléfono al 847-570-5079; o por correo electrónico en hipaa@northshore.org.

NorthShore - Edward-Elmhurst Health mantiene el Conjunto de registros designados mediante el uso de un expediente médico electrónico ("Sistema EMR") compartido con otros consultorios médicos locales que participan en una organización de atención responsable (la ACO). Mediante el sistema EMR, la Información del expediente médico de los pacientes de NorthShore - Edward-Elmhurst Health se combina con la de otros proveedores que participan en el sistema EMR (cada uno, una "Entidad cubierta participante" y colectivamente, las "Entidades cubiertas participantes"), de manera que cada paciente tiene un único expediente médico longitudinal con respecto a los servicios de atención médica prestados por las Entidades cubiertas participantes. Como tal, las Entidades cubiertas participantes formaron uno o más sistemas organizados de atención médica en los que las Entidades cubiertas, participan en actividades conjuntas de revisión de utilización o control de calidad y como tal califican para participar en un Acuerdo Organizado de Atención Médica (Organized Health Care Arrangement, OHCA). Con limitadas excepciones, como participantes de OHCA, todas las Entidades cubiertas participantes y las ACO pueden usar y revelar la Información del expediente médico incluida en el Sistema EMR para fines de tratamiento, pago y operaciones de atención médica de cada uno de los participantes de OHCA o las ACO.

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DE NS-EEH ANEXO A - CÓMO EJERCER SUS DERECHOS			
Su derecho	Pacientes de NorthShore y Swedish Hospital	Pacientes de Northwest Community Healthcare	Pacientes de Edward-Elmhurst Health
<p>Pida una copia de expediente médico completando el formulario para autorizar la revelación de expedientes y envíelo a:</p>	<p>Mediante el Portal del paciente: NorthShore Connect;</p> <p>Por correo: NorthShore University HealthSystem Attn: HIM Dept. 4901 Searle Parkway, Ste. 170 Skokie, IL 60077</p> <p>Por Fax: 847-982-4499</p> <p>Por correo electrónico: releaseforms@northshore.org</p>	<p>Por correo: Northwest Community Healthcare Attn: HIM Department 800 W. Central Road Arlington Heights, IL 60005</p> <p>Por Fax: 847-618-3249</p> <p>Por correo electrónico: recordrequest@nch.org</p>	<p>Por correo: Edward Hospital, Linden Oaks Hospital or Affiliated Medical Groups Attn: Medical Records Department 801 South Washington Street Naperville, IL 60540</p> <p>Elmhurst Hospital or Affiliated Medical Groups Attn: Medical Records Department 155 E. Brush Hill Road Elmhurst, IL 60126</p>
<p>Para pedir una modificación o corrección del expediente médico:</p>	<p>Mediante el Portal del paciente: NorthShore Connect; o</p> <p>Por correo: NorthShore University HealthSystem Attn: Compliance Privacy Office 1301 Central Street, Room 140 Evanston, IL 60201</p> <p>Por Fax: 847-492-5192</p> <p>Por correo electrónico: hipaa@northshore.org</p>	<p>Por correo: Northwest Community Healthcare Attn: HIM Department 800 W. Central Road Arlington Heights, IL 60005</p> <p>Por Fax: 847-618-3249</p> <p>Por correo electrónico: recordrequest@nch.org</p>	<p>Por teléfono: 331-221-6936</p>
<p>Para pedir que le envíen comunicaciones confidenciales:</p>	<p>Mediante el Portal del paciente: NorthShore Connect; o</p> <p>Por correo: NorthShore University HealthSystem Attn: Compliance Privacy Office 1301 Central Street, Room 140 Evanston, IL 60201</p> <p>Por Fax: 847-492-5192</p> <p>Por correo electrónico: hipaa@northshore.org</p>	<p>Por correo: Northwest Community Healthcare Attn: HIM Department 800 W. Central Road Arlington Heights, IL 60005</p> <p>Por Fax: 847-618-3249</p> <p>Por correo electrónico: recordrequest@nch.org</p>	<p>Por correo: Edward-Elmhurst Health Department of Health Information Management 801 South Washington Street Naperville, IL 60540</p>

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DE NS-EEH ANEXO A - CÓMO EJERCER SUS DERECHOS			
Su derecho	Pacientes de NorthShore y Swedish Hospital	Pacientes de Northwest Community Healthcare	Pacientes de Edward-Elmhurst Health
Para pedir no participar en Epic Care Everywhere:	<p>Mediante el Portal del paciente: NorthShore Connect; o</p> <p>Por correo: NorthShore University HealthSystem Attn: Compliance Privacy Office 1301 Central Street, Room 140 Evanston, IL 60201</p> <p>Por Fax: 847-492-5192</p> <p>Por correo electrónico: hipaa@northshore.org</p>	<p>Por correo: Northwest Community Healthcare Attn: HIM Department 800 W. Central Road Arlington Heights, IL 60005</p> <p>Por Fax: 847-618-3249</p> <p>Por correo electrónico: recordrequest@nch.org</p>	<p>Por teléfono: 331-221-0714</p>
Para pedir una restricción en el uso y revelación de su información médica:	<p>Mediante el Portal del paciente: NorthShore Connect; o</p> <p>Por correo: NorthShore University HealthSystem Attn: Compliance Privacy Office 1301 Central Street, Room 140 Evanston, IL 60201</p> <p>Por Fax: 847-492-5192</p> <p>Por correo electrónico: hipaa@northshore.org</p>	<p>Por correo: Northwest Community Healthcare Attn: HIM Department 800 W. Central Road Arlington Heights, IL 60005</p> <p>Por Fax: 847-618-3249</p> <p>Por correo electrónico: recordrequest@nch.org</p>	<p>Por correo: Edward-Elmhurst Health Department of Health Information Management 801 South Washington Street Naperville, IL 60540</p> <p>Por teléfono: 331-221-6936</p>
Para pedir un Registro de revelaciones:	<p>Mediante el Portal del paciente: NorthShore Connect; o</p> <p>Por correo: NorthShore University HealthSystem Attn: Compliance Privacy Office 1301 Central Street, Room 140 Evanston, IL 60201</p> <p>Por Fax: 847-492-5192</p> <p>Por correo electrónico: hipaa@northshore.org</p>	<p>Por correo: Northwest Community Healthcare Attn: HIM Department 800 W. Central Road Arlington Heights, IL 60005</p> <p>Por Fax: 847-618-3249</p> <p>Por correo electrónico: recordrequest@nch.org</p>	<p>Por correo: Edward-Elmhurst Health Department of Health Information Management 801 South Washington Street Naperville, IL 60540</p>
Para presentar una queja:	<p>Por correo: Privacy Officer at NorthShore University Health System, Attn: Privacy Officer, Corporate Compliance Department– Privacy Office, 1301 Central Street, Room 143, Evanston, IL 60201</p> <p>Por teléfono: 847-570-5079</p> <p>Por correo electrónico: hipaa@northshore.org</p>		<p>Por correo: Edward-Elmhurst Health, Attn: Privacy Officer; 4201 Winfield Road, Warrenville, IL 60555;</p> <p>Por teléfono: 630-527-3869. Comuníquese con el Director de privacidad</p> <p>Por correo electrónico: privacyofficer@eehealth.org</p>

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DE NS-EEH ANEXO A - CÓMO EJERCER SUS DERECHOS			
Su derecho	Pacientes de NorthShore y Swedish Hospital	Pacientes de Northwest Community Healthcare	Pacientes de Edward-Elmhurst Health
<p>Para pedir que no se comuniquen con usted por motivos de marketing:</p>	<p><u>NorthShore University HealthSystem:</u> Por teléfono: 847-570-3187 Por correo electrónico: marketing@northshore.org</p> <p><u>Swedish Hospital:</u> Por teléfono: 773-878-8200 x 5121 Por correo electrónico: marketing@schosp.org</p>	<p>Por correo: Attn: Marketing 800 W. Central Road Arlington Heights, IL 60005 Por teléfono: 847-618-5500</p>	<p>Por el sitio web: www.eehealth.org/contact-us/</p>
<p>Para pedir que no se comunique con usted ninguna fundación:</p>	<p><u>Fundación NorthShore:</u> Por teléfono: 224-364-7200 Por correo electrónico: philanthropy@northshore.org</p> <p><u>Fundación de Swedish Hospital:</u> Por teléfono: 773-293-5121 Por correo electrónico: schfoundation@schosp.org</p>	<p><u>Fundación NCH:</u> Por teléfono: 847-618-4260 Por correo electrónico: foundation@nch.org</p>	<p><u>Fundación de Edward Hospital:</u> Por teléfono: 630-527-3954</p> <p><u>Fundación de Elmhurst Memorial Hospital:</u> Por teléfono: 331-221-4483</p>